

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ANGINE GOUTTEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 décembre 1906

PAR

LUCIEN COSTA

Né à Fontenay-le-Comte (Vendée), le 10 juin 1881

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR
Boulevard du Peyrou, 7

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)..... DOYEN.
TRUC..... ASSESEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✱).
Clinique ophthalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUVEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale.....	VALLÔIS.

Professeurs-adjoints : M. RAUZIER, De ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe.....	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale.....	N...
Clinique gynécologique.....	De ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements.....	PUECH, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✱).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIREs.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, *secrétaire*,

Examineurs de la thèse :

MM. CARRIEU, <i>président</i> .	MM. GALAVIELLE, <i>agrégé</i> .
DUCAMP, <i>professeur</i> .	VIREs, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

JE DÉDIE CETTE THÈSE :

A la mémoire de ma mère chérie

A la mémoire de ma belle-mère.

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MON BEAU-PÈRE

A MA SOEUR

A MON ONCLE M. J.-B. MONTI

L. COSTA,

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE D'ALGER
ET DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

Professeur de Clinique médicale

L. COSTA,

AVANT-PROPOS

Au moment de passer notre thèse inaugurale, il nous tient à cœur de remercier ici publiquement tous ceux qui ont contribué à faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

A notre mère, d'abord, dont la sollicitude constante sût diriger nos pas au milieu des écueils parfois rudes de la vie, et dont la tendresse sans bornes ne reculât jamais devant les sacrifices pouvant nous procurer le moindre agrément, nous adressons un pieux souvenir. Combien notre joie en ce jour est assombrie par son absence !

Que notre père qui lui aussi fit sans cesse les plus lourds sacrifices pour mener à bien nos études, qui fut pour nous le guide le plus sûr et le plus dévoué, soit assuré de notre amour filial et de notre reconnaissance infinie.

A notre femme bien-aimée qui, par sa douceur et ses conseils, nous aida à supporter les soucis de notre carrière d'étudiant, nous adressons ici l'assurance de notre inaltérable affection.

Que nos Maîtres de l'École de médecine d'Alger et de l'hôpital civil de Mustapha reçoivent nos remerciements pour les doctes enseignements qu'ils n'ont cessé de nous donner,

Que M. le professeur Scherb, qui nous inspira le sujet de cette thèse, reçoive l'assurance de notre vive gratitude.

Que MM. les professeurs Cange, Soulié, Crespin, MM. les docteurs Denis, Sabadini, Saliège, Battarel, Reynaud, Cochez et Moutet, dont nous avons été l'interne ou l'externe, et qui nous ont prodigué leurs excellents conseils, soient assurés de notre profonde reconnaissance.

Que MM. les professeurs Curtillet, Ardin-Delteil, Moreau, Vincent, Rouvier, Rey, Brault, Goinard et Cabannes, que MM. les docteurs Liaras, Gillot et Lemaire, dont nous avons eu l'heureuse fortune de suivre les savantes leçons, veuillent bien agréer l'hommage de notre entier dévouement.

Que nos Maîtres de la Faculté de Montpellier reçoivent nos remerciements pour leur bienveillance à notre égard.

Ces remerciements vont tout particulièrement à M. le professeur Carrieu pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale et pour l'accueil sympathique qu'il a bien voulu nous accorder.

HISTORIQUE

Bien que la goutte ait été connue et étudiée par tous les auteurs de l'antiquité, il nous faut remonter jusqu'à Musgrave, 1657-1721, pour voir citée la goutte du pharynx.

Dans son *Traité des maladies goutteuses* (Paris, 1802), Barthéz rapporte, en effet, un passage de Musgrave où l'on voit que cet auteur anglais a observé l'angine goutteuse aiguë.

Lasègue, *Traité des angines* (Paris, 1868), range l'angine goutteuse dans la classe des angines catarrhales diffuses. Il signale sa tendance à se dissiper d'elle-même ou à se terminer par une métastase articulaire.

De Lagoanère, *Essai sur les angines rhumatismales et goutteuses* (Paris, 1876), arrive aux mêmes conclusions.

Morell-Mackensie, *Traité des maladies du pharynx* (Paris, 1882), cite deux observations, l'une d'angine à répétition, l'autre de pharyngite aiguë survenant chez des goutteux. Dans le premier cas, après une série d'attaques d'angines, survint un accès de goutte à la suite duquel l'inflammation de la gorge disparut pour ne plus revenir. Dans le deuxième cas, il s'agissait de pharyngite aiguë avec œdème de la luette et menace d'asphyxie. Les symptômes s'amendèrent et furent remplacés par ceux d'un accès de goutte au gros orteil droit.

La fluxion articulaire disparut au bout de trois jours et la pharyngite reparut.

Lecorché, *Traité de la goutte* (Paris, 1884), cite le fait d'un malade qui commençait presque toujours ses accès de goutte par un mal de gorge.

Rendu, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, article goutte* (Paris, 1884), cite le cas d'un officier qu'il avait soigné à plusieurs reprises pour des attaques de goutte franche et qui avait remarqué la même coïncidence au début de ses crises. Deux fois, chez lui, dit Rendu, nous avons vu la douleur articulaire éclater après une angine accompagnée de grippe fébrile.

Ritter, *Wurtemb. Corresp. Blatt.* (n° 39, 1883), rapporte l'observation d'un homme de 66 ans, n'ayant jamais eu d'attaque de goutte et qui éprouva tout-à-coup au niveau du pharynx une douleur violente qui fut bientôt suivie du gonflement douloureux du métacarpe et de l'index gauche. Au bout de 36 heures, les douleurs des jointures disparurent, mais de nouvelles manifestations éclatèrent vers le pharynx.

Peter, *Dict. encycl. des sciences médicales, article angines* (Paris, 1886), mentionne l'angine gouteuse. « Elle consiste, dit-il, dans un mouvement fluxionnaire qui se fait chez les gouteux du côté de la membrane muqueuse de la gorge, en même temps que du côté des petites articulations ou qui alterne avec cette manifestation classique de la goutte. Dans ce dernier cas, l'angine apparaît à l'époque où se manifestait habituellement l'accès de goutte, il y a sécheresse, rougeur, chaleur et douleur vive à la gorge ; et ces phénomènes ont la courte durée de l'attaque qu'elles remplacent ou qu'elles accompagnent. »

Dans la Pathologie de Niemeyer, tome II, p. 596, se trouve notée l'histoire d'un vieux monsieur atteint de goutte aiguë depuis de longues années. A un moment, il présenta

une angine qui se distingua par une coloration bleuâtre toute particulière du pharynx, suivit une marche tout autre que celle des formes ordinaires de l'angine et ne disparut qu'avec les inflammations articulaires. (D'après Le Clerc, de Saint-Lô).

Buisson (d'Auberchicourt), dans la *Revue de Médecine* (1889, page 876) publie une observation très intéressante que nous résumons plus loin.

Vaton, dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1890 ;

Le Clerc (de Saint-Lô), dans la *Normandie médicale* du 15 décembre 1898 ;

Lermoyez et Gasne (*Bull. et Mém. de la Société méd. des hôpitaux de Paris*, 1902, page 283, et *Ann. des maladies de l'oreille*, etc., 1902, II, p. 398) ;

Verdalle (de la Bourboule), (*Bull. et Mém. de la Société méd. des hôp. de Paris*, 1902, p. 340) ;

Scherb, (*Bull. et Mém. de la Société méd. des hôp. de Paris*, 1902, p. 380) ;

Plateau, Nodet (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques à l'usage des médecins praticiens* de Lucas-Championnière.) Enfin, Fink, en une excellente monographie publie des observations du même genre, que nous avons relatées plus loin.

DIVISION

Nous diviserons dans ce travail les angines gouteuses en angines chroniques et en angines aiguës.

I

Angines chroniques

Dans sa monographie « la Goutte du Pharynx », Fink (de Vittel), divise les accidents pharyngiens chroniques d'origine gouteuse en deux catégories :

- 1° Accidents survenus chez des goutteux ;
- 2° Accidents gouteux.

« Il existe, dit-il, chez les goutteux, deux variétés de lésions chroniques du pharynx. Les unes paraissent être de véritables lésions chroniques consécutives à des lésions aiguës, les autres paraissent spéciales aux goutteux et seraient des lésions chroniques d'emblée ; autrement dit, il existerait des lésions pharyngées gouteuses chroniques et des lésions chroniques du pharynx chez les goutteux. »

Les cas suivants rentreraient dans la première catégorie :

« Observation de Lasègue. (Loc. cit. et *in* de Lagoanère, loc. cit.). — X..., 38 ans, a eu un premier accès de goutte à 30 ans, puis ultérieurement des accès à des intervalles très inégaux. Il est affligé d'une angine qui, d'abord intermittente, est devenue permanente. La muqueuse du pharynx est rouge, violacée, rugueuse, sillonnée de stries longitudinales profondes. La luette énorme, vascularisée, est granuleuse. Les piliers antérieurs épais se confondent presque avec les piliers postérieurs et forment une masse rude au toucher. De chaque côté, on aperçoit, en avant du pilier antérieur, une large plaque saillante d'un rouge vif, plus rugueuse au contact du doigt. La gorge est sèche et le devient encore davantage si on fait parler le malade. »

Morell-Mackensie (loc. cit.) cite un cas d'inflammation chronique du pharynx, avec épaissement de la luette et des piliers, chez un goutteux. Tous les traitements locaux restant sans effet, on donne du colchique et la guérison est obtenue en six semaines.

Litten, cité par Minkowski (*Die Gicht*, Vienne, 1903), dans un cas de goutte, a trouvé des dépôts d'urate entre les amygdales et la luette.

Noël Gueneau de Mussy (*Union médicale*, 1856, n° 18), a également observé une pharyngite au cours de laquelle des concrétions formées de carbonate et d'urate de chaux s'éliminaient des tissus.

A la catégorie des lésions pharyngées chroniques chez les goutteux, semble se rapporter la description suivante de Dyce Duckworth (*Traité de la Goutte*, Paris, 1892) :

« La gorge d'un goutteux ne ressemble pas aux autres. Les piliers, surtout les postérieurs, la luette et le voile du palais sont très rouges et brillants. On dirait qu'ils viennent d'être badigeonnés avec de la glycérine. On voit parfois

quelques veines variqueuses qui sillonnent la muqueuse. La luette est volumineuse, allongée, et semble parfois remplir tout l'espace compris entre les piliers; on voit souvent la pointe ou un des bords qui est œdémateux. D'autres fois, elle est si grosse qu'on ne peut voir le pharynx. La surface de ce dernier n'est pas aussi lisse que celle de la gorge. Elle est irrégulière, avec des saillies rouges glaireuses et des dépressions couvertes, ça et là, de plaques de mucus grisâtre légèrement adhérent et présente quelquefois des veinules dilatées. Chez les vieillards, la rougeur est moins marquée dans quelques cas, mais le volume de la luette et les plaques glaireuses sont facilement reconnaissables ».

L'angine granuleuse a été souvent rangée parmi les lésions chroniques du pharynx chez les gouteux. La coïncidence est évidemment fréquente, mais ne doit pas être considérée comme une relation de cause à effet, en raison de la fréquence de l'affection chez des malades non gouteux.

En résumé, nous voyons là deux ordres de lésions : les premières, propres à la goutte, sont plutôt caractérisées par des infiltrations uratiques; les autres, pour qui l'état gouteux n'est qu'une circonstance favorisante, semblent être des lésions scléreuses et des lésions vasculaires. Sokoloski (*Handbuch der laryng, etc.*, de Heyman, tome II, p. 689), a d'ailleurs attribué les lésions pharyngées des gouteux à une stase vasculaire consécutive à la stase abdominale.

Il nous semble que présentée comme le fait Fink, la question est loin d'être mise au point.

Tout d'abord, les phénomènes pharyngés qu'il décrit n'ont point d'allure bien caractéristique qui puisse permettre de les différencier. En outre, toutes les affections de voisinage sont laissées dans l'ombre. En effet, ni l'examen du nez, ni celui du nasopharynx, ni ceux des tissus sphénoïdaux frontaux et maxillaires n'a été fait. L'examen de la base de la langue a

été omis. Enfin, il n'est pas question un seul instant de diagnostic différentiel.

Peut-on dans ces conditions tenir pour concluants des faits qui pèchent par tant de côtés si importants ?

Nous ne nions pas que les faits précédemment décrits ne soient rigoureusement exacts, mais nous estimons qu'ils sont mal établis et n'entraînent pas la conviction.

Malheureusement, il ne nous est pas possible d'apporter de contribution personnelle à cette étude de l'angine chronique d'origine goutteuse, d'abord à cause de leur peu de fréquence et en second lieu de leur rareté presque obsolue dans le seul milieu de malades que nous avons pu observer au cours de nos études, le milieu hospitalier.

Il nous semble que, pour bien établir cette angine chronique, une chose est absolument nécessaire, aujourd'hui surtout où la tendance à la « spécialité » tend de plus en plus à s'établir et à prendre droit de cité, et cette chose c'est l'association du médecin et du laryngologiste, rompu aux examens et habitué aux états divers du pharynx.

Le médecin présenterait au laryngologiste un goutteux sans mal de gorge apparent, ce dernier verrait s'il n'y a réellement rien d'anormal dans la gorge qui serait soumise à son examen. Le malade se plaindrait-il au contraire de sa gorge, le laryngologiste excluerait tous les autres diagnostics, suppuration des tissus, végétations adénoïdes, amygdalite caséuse, granulations pharyngées, hypertrophie de l'amygdale linguale, etc., etc., et chez ceux où une manifestation goutteuse serait reconnue, on verrait, en appropriant à leur état le traitement voulu, s'il se produirait quelques modifications. Alors seulement on serait en droit de poser des conclusions fermes et un diagnostic précis.

Au reste les laryngologistes sont, paraît-il, assez sceptiques pour tout ce qui touche à la goutte du pharynx et voici à ce

propos ce que disent MM. Lermoyez et Gasne, à la suite de l'observation rapportée plus loin : « Il est à craindre que ce cas, pas plus d'ailleurs que les rares faits analogues qui ont été rapportés, n'aient raison du scepticisme que professent de plus en plus les laryngologistes, vis-à-vis des manifestations de la goutte sur la gorge. D'une façon absolue, qu'ils aient tort, on en doit convenir ; mais aussi qu'on ait la franchise d'avouer que la médecine générale a bien contribué à tiédir leur foi en la goutte pharyngée. Certes, il est de bon ton, et on ne s'en abstient guère, d'accuser les spécialistes de se confiner à outrance dans leurs localisations et de ne rien voir, rien soupçonner au delà de la lésion régionale. Mais ceux-ci ne seraient-ils pas en droit d'intenter une action reconventionnelle contre les médecins qui abusent à tort et à travers de l'épithète de goutteuse, qui abritent l'insuffisance de leur examens et le néant de leur diagnostic derrière le masque d'une interprétation pathogénique commode, sorte de passe-partout clinique ?

Presque invariablement, les gorges qu'on leur adresse, quoiqu'elles présentent, doivent avoir des « granulations » et celles-ci poussent sur un terrain nécessairement lymphatique avant 20 ans et fatalement arthritique ou goutteux après 30 ans. Or, le miroir y montre les lésions locales les plus variées, hypertrophie des amygdales, myxomes du nez, polypes du larynx, etc. L'un de nous trouverait facilement dans ses souvenirs à citer des faits de ce genre, d'une vraisemblance sujette à caution.

Telle pharyngite dite goutteuse, soignée pendant 23 ans à Cauterets, est guérie ensuite en peu de temps par l'ablation des polypes du nez ; telle angine également dite goutteuse où Vichy, prescrit quatre ans de suite, avait totalement échoué, parce que il y avait un abcès chronique de l'amygdale gauche ; et encore un cas désigné et publié comme coryza chronique

goutteux, qui fut reconnu comme un cancer du tissu sphénoïdal seulement le jour où un œil fut délogé de l'orbite.»

« On abuse du mot goutte, dit Morell-Mackensie, la goutte c'est la dernière ressource du médecin qui n'a pas de diagnostic.»

Les auteurs allemands nient presque absolument la goutte dans la pathogénie des pharyngites. Les auteurs anglais et américains tombent dans une exagération inverse. C'est ainsi que Solis-Cohen (*In Some of the throat conditions observed in gouty subjects. Philadelphie medical news*, 4 nov. 1893), incrimine la goutte comme facteur de tous les maux de gorge non spécifiques par le seul fait que l'on trouve un excès d'acide urique dans les urines. Ce même auteur dit encore qu'il faut appeler goutteux « bien d'autres gens qui souffrent de fluxions articulaires ou qui portent des tophus et qu'une urine trop acide doit suffire à faire mériter cette épithète ».

Mais cette exagération, disent Lermoyez et Gasne, l'oblige à donner comme caractères locaux de l'angine goutteuse les lésions les plus banales du pharynx : granulations, faux piliers, varices, muqueuse épaisse, etc., et à concéder que la goutte ne peut déterminer ces altérations sans y être aidée par la collaboration banale des excès, du tabac, du refroidissement ! Autant dire qu'il n'y a point, en dehors des infections locales bien caractérisées, de pharyngite chronique sans goutte.

En somme, la goutte chronique du pharynx, en tant qu'entité morbide, placée entre la négation des uns et l'absolue affirmation des autres, pour vraisemblable qu'elle soit, reste encore à établir scientifiquement.

II

Goutte aiguë du pharynx

OBSERVATION I

Docteur Ch. Nodet

B..., ouvrier sur fer, très sobre, mais fils d'un goutteux, a eu plusieurs fois des angines simples et des accès de goutte sans que j'aie songé à établir un rapprochement entre ces deux affections. Il y a une dizaine d'années, B... me fit appeler un soir pour une angine plus violente que d'habitude et qui avait débuté 3 jours avant. Les amygdales étaient énormes, violacées, la déglutition était impossible, la respiration même était pénible. Après une nuit très mauvaise, le patient me fit revenir de grand matin ; la face était congestionnée et la gêne respiratoire avait tellement augmenté que l'idée de trachéotomie me vint à l'esprit, mais l'intensité extraordinaire de cette angine me fit songer à la goutte et je dis même au patient : « Seriez-vous goutteux à ce point là ? »

Quoiqu'il en soit, je fis simplement appliquer des papiers moutarde sur les genoux, les chevilles et les pieds. Au bout de quelques heures (deux heures au dire de la famille), le malade fut tellement soulagé qu'il pouvait boire et manger. Dans la soirée, un gros orteil, les chevilles et un genou étaient douloureux.

Le lendemain, j'ai constaté un accès de goutte qui suivit la marche ordinaire. Le gosier était encore un peu rouge et les amygdales avaient leur volume habituel. J'ai peu de gouteux dans ma clientèle. Je n'ai donc pas une très grande expérience. J'ignorais même que l'existence de l'angine gouteuse fut sujette à discussion. Dans le cas que je viens de relater, quand je vis rétrocéder si brusquement l'angine, après une simple révulsion sur les articulations atteintes antérieurement par la goutte, je fus convaincu d'avoir eu affaire à une angine gouteuse.

OBSERVATION II

Buisson (d'Auverchicourt)

M. X..., 39 ans, est pris, à la suite d'une partie de chasse, d'une pharyngite aiguë à laquelle succède dans la nuit une première attaque articulaire de goutte, dont l'apparition coïncide avec la disparition de la pharyngite. Quatre ans plus tard, survient un nouvel accès articulaire sans angine concomitante. Mais, l'année suivante, toujours à la suite d'une partie de chasse, M. X. se plaint d'un grand malaise, de

frissons, de dysphagie ; il est atteint de pharyngite avec amygdalite gauche. L'amygdale est recouverte d'un dépôt pultacé épais. Le surlendemain survient un accès de goutte à la main droite et la pharyngite disparût. Deux jours après, nouvelle pharyngite ; mais l'inflammation articulaire s'est évanouie. Le malade ouvre difficilement la bouche et son pharynx est sec et luisant. Les urines sont rares et boueuses. Peu à peu l'état s'améliore, la muqueuse pharyngée est encore rouge, luisante et sèche, mais le jour où le malade se lève pour la première fois, il commence à ressentir quelques douleurs dans le tendon d'Achille et le genou droit.

OBSERVATION III

Vaton

Huit jours après un acte de goutte, survient brusquement une violente angine. La gorge, le voile, les amygdales sont gonflés. La dyspnée est croissante et le traitement local absolument inefficace. Au bout d'une semaine, le malade est réveillé par un violent accès de goutte sur l'orteil gauche ; en quelques heures, la gorge redevient absolument nette.

OBSERVATION IV

Le Clerc (de Saint-Lô)

X..., 36 ans, est sujet à des attaques de goutte, revenant vers le mois de février, mais non tous les ans. Le 29 jan-

vier 1896, il est mouillé. Le 30, il se sent mal à l'aise et se plaint d'une légère douleur à la gorge. Le 31, survient de la difficulté à ouvrir la bouche. L'isthme est rouge foncé; la luvette est pendante, œdémateuse, légèrement violacée. Les amygdales très rouges, hypertrophiées, obstruent le défilé de l'isthme. La dépression de la langue est très douloureuse et il est impossible d'examiner la paroi postérieure du pharynx. La voix est nasonnée, mais claire. Les ganglions angulo-maxillaires sont peu tuméfiés, mais la pression à leur niveau est douloureuse. Les urines sont rares; uratiques. P. : 112; T. : 38°6. Le lendemain tout le voile est œdématié; le malade ne peut déglutir et la salive s'écoule de la bouche. La voix est couverte et une gêne respiratoire marquée indique de l'œdème fluxionnaire de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. La dyspnée était tellement accusée dans la soirée, qu'on prépare le nécessaire pour une trachéotomie.

Le 2 février, vers deux heures du matin, changement complet. Le malade respire facilement, la voix encore nasonnée est plus sonore. L'œdème a disparu, et le pharynx apparaît rouge comme le reste de l'isthme. En revanche, un accès de goutte articulaire au niveau du gros orteil gauche a débuté au moment où s'amendaient les symptômes pharyngés.

OBSERVATION V

Lermoyez et Gasne

H..., 48 ans, célibataire. Père et mère non goutteux, nombreux frères et sœurs non goutteux également,

A toujours été sujet aux douleurs. A eu à l'âge de 13 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu; mais depuis lors jamais de déterminations articulaires franches. Par profession et par goût, il a voyagé longtemps dans les pays chauds, souvent dans des régions inexplorées, malsaines et dénuées des ressources du confortable moderne. Il a récolté au hasard de ses pérégrinations dans l'Amérique du Sud, l'Afrique Australe, la Perse, les Indes, la fièvre intermittente, la fièvre jaune, le bérubéri, la dysenterie, sans oublier la syphilis.

Mais depuis quinze ans notre malade n'a plus quitté l'Europe et il ne lui reste de ses nombreuses infections qu'une grande susceptibilité intestinale et une contracture faciale légère, reliquat d'une paralysie périphérique. Il est de haute stature, de corpulence normale, toujours sobre, faisant régulièrement un exercice modéré, menant, en somme, une vie très régulière. Notons qu'il est ce que l'on appelle un « nerveux » et qu'il est resté plusieurs mois en Allemagne soigné pour des troubles d'une neurasthénie grave qui ont nécessité l'isolement.

Depuis quelques semaines, le nervosisme ordinaire, entretenu par des tracasseries d'affaires et de vie intime, s'était accentué; l'entourage du malade le trouvait irritable, agacé, quand brusquement, après une journée absolument normale, sans refroidissement, sans fatigue, il est pris dans la nuit du 4 au 5 mai 1901 d'une violente douleur dans la gorge accompagnée de malaise général.

Examiné dès le lendemain matin, il présente un gonflement peu accentué de l'amygdale gauche, avec rougeur diffuse du voile, des piliers et de la paroi postérieure du pharynx. La douleur est très vive, elle rend la déglutition difficile; l'examen à l'abaisse-langue est presque impossible d'ailleurs, tant la crainte de l'instrument est grande. La peau

est chaude, couverte de sueurs, pouls 120, température axillaire 38°5; la langue, étalée, avec la marque des dents à la périphérie, est couverte d'un léger enduit saburral. La courbature est intense; le malade a la plus grande peine à s'asseoir sur son lit et à lever les jambes. Les urines sont rares et très foncées. Le malaise général continue les jours suivants, les phénomènes pharyngés s'accroissent, la déglutition est de plus en plus difficile, la douleur est telle que le malade ne prend que quelques gouttes de liquide et encore au prix d'une vive souffrance.

Le fond de la gorge est d'un rouge intense, sans aucun enduit, sans apparence de fausses membranes; il n'y a pas d'adénopathie.

Une purgation saline, prise le 8 mai, amène une sédation relative des douleurs de gorge, mais celles-ci reprennent le lendemain avec une acuité nouvelle.

Le 10, la voix devient nasonnée, les liquides refluent par le nez; le malade a la sensation d'un gonflement énorme de la base de la langue. Toute l'arrière-gorge est en effet considérablement tuméfiée, principalement dans la partie gauche: de ce côté le voile semble repoussé en avant comme par une tumeur amygdalienne volumineuse.

Le lendemain, M. Lermoyez est appelé à voir le malade; les phénomènes généraux et fonctionnels sont les mêmes, la voix très altérée, la déglutition impossible avec reflux par le nez; la douleur intense.

L'examen local est rendu difficile par la terreur qui en résulte.

Le gonflement est peut-être moins accentué que la veille; il est surtout accentué à gauche; de ce côté le pilier antérieur est repoussé en avant, mais ne donne pas au doigt la sensation d'une tension forte, encore moins de rénitence: l'amygdale est moyennement refoulée en dedans. La rougeur

est très vive, diffuse, il n'y a toujours pas d'adénopathie. On note cependant qu'il n'y a pas de trismus, le malade pouvant ouvrir largement la bouche tant qu'il est sûr qu'on y portera aucun instrument. Néanmoins le diagnostic d'abcès péri-amygdalien semble s'imposer en raison de la violence des douleurs, surtout de l'unilatéralisation du gonflement avec refoulement en avant du pilier antérieur et le déplacement en dedans de l'amygdale qui ne présente pas d'exudat : Il est d'ailleurs dans les allures des suppurations juxta-amygdaliennes de ne point donner d'adénopathie notable. Pour calmer les douleurs on propose de donner issue au pus en débridant avec un crochet la fosse pré-amygdalienne, opération plus rationnelle et beaucoup plus inoffensive que l'incision classique du pilier antérieur ; mais l'indocilité du malade est telle qu'on est forcé de renoncer momentanément à toute intervention sur la gorge.

Le lendemain, 12 mai, l'état reste sensiblement le même ; mais le surlendemain au réveil, survient un vrai coup de théâtre : le malade parle facilement, ne souffre plus du tout de la gorge et avale tout ce qu'il veut ; cependant il n'y a aucune expectoration de pus ni de sang. L'examen de la gorge fait constater la disparition complète de toute tuméfaction ; il ne reste plus qu'un peu de rougeur unilatérale. Seulement au milieu de la nuit est apparue une violente douleur au niveau de l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil droit. La douleur était lancinante, intolérable ; la région est gonflée, la peau rouge sombre, chaude et tendue : c'est l'accès de goutte typique, le premier que le malade ait eu jusqu'à ce jour. Le salicylate de soude et le colchique viennent rapidement à bout de cette poussée et le 17 mai la marche est possible, bien qu'encore pénible. Depuis cette époque, le malade a présenté à plusieurs reprises des manifestations articulaires très nettes, mais jamais rien n'a attiré notre attention du côté de la gorge.

OBSERVATION VI

H. Verdalle

Je suis appelé un jour en toute hâte auprès d'un de mes malades et je le trouve dans l'état suivant : anxieux, agité, angoissé, la face très congestionnée, les yeux brillants, gonflés, larmoyants ; il semble énormément souffrir. C'est par signes, comme un enfant, qu'il me fait comprendre le siège de son mal. Chaque mot, chaque mouvement de déglutition lui arrachent un cri. Il pleure de douleur.

Avec la plus vive peine, il arrive à me raconter que tout à l'heure, au cours d'une promenade à cheval, il a été pris brusquement d'une douleur atroce à la gorge ; il est rentré en toute hâte, s'est couché ; et depuis il est là souffrant horriblement, il étouffe, il éprouve dans la gorge des élancements d'une extrême vivacité, il immobilise sa gorge et retient sa respiration le plus possible tant il souffre au moindre mouvement.

Au reste le diagnostic il le fait lui-même. C'est la goutte, il a déjà eu il y a quelque temps un accès de ce genre : il le reconnaît. Je l'examine avec beaucoup de difficulté ; la gorge, le pharynx, voile et piliers sont durs, gonflés, d'un rouge ardent, sombre ; ce n'est pas l'écarlate de la scarlatine, c'est le rouge foncé de l'angine phlegmoneuse ; aucun enduit.

Comme phénomènes généraux il y a certainement de la fièvre ; la peau est chaude, le pouls rapide, grande surexci-

tation, grande agitation, mais causées surtout par la douleur.

Connaissant mon malade pour un goutteux, goutteux de race, neuro-arthritique au dernier degré, très fixé sur son histoire, ayant observé chez lui à diverses reprises des accidents de nature goutteuse, sachant en outre que d'autres que moi en ont observé de même (MM. François Franck et Vidal, entre autres), je n'hésite pas à confirmer son diagnostic et j'institue un traitement en conséquence.

Lavages et badigeonnages, gargarismes tièdes au miel boraté et morphiné, salicylate de soude à la dose de 8 grammes en potion par prises de 2 grammes toutes les 3 heures.

La suite me prouva que nous étions dans le vrai. Dans la soirée, l'amélioration se prononçait, elle s'accroissait dans le courant de la nuit. Le lendemain matin, il y avait soulagement très notable, et, vers midi, le malade n'avait guère plus que le souvenir de cette terrible angoisse de la veille. Le soir même il sortait, malgré moi je dois le dire.

Il n'a plus été question de rien.

Pendant cette période d'environ 24 heures, j'ai suivi attentivement l'état de la gorge. La rougeur et le gonflement diminuaient d'heure en heure, en même temps que s'atténuait la douleur ; c'est tout. Il ne resta plus le lendemain que la vieille pharyngite granuleuse que mon malade supporte assez facilement, du reste, depuis des années, et qu'entretient de concurrence avec la goutte l'usage habituel de la pipe.

OBSERVATION VII

Scherb

Le 23 mai 1897, j'étais appelé d'urgence auprès de M. de B..., officier en retraite, âgé de 53 ans, et qui venait hiverner à Alger. M. de B..., que je vis à 10 heures du soir, était en proie à une dyspnée intense, la voix était nasonnée, la face congestionnée, les lèvres violacées, la respiration sifflante et pénible, une impossibilité absolue d'avaler, témoignaient d'une gêne considérable dans le carrefour pharyngien. Le côté droit du cou à l'angle du maxillaire inférieur formant une légère voussure. A l'ouverture de la bouche, je vis une rougeur vineuse, comme vernissée, occupant la luette, la partie droite du palais et le pilier antérieur.

L'amygdale énormément tuméfiée refoulait la luette, et arrivait presque au contact des piliers gauches.

La palpation combinée, interne et externe, était très douloureuse et montrait qu'il existait une intumescence, grosse comme un œuf de poule, de tout le tissu amygdalien. Pas de fluctuation, pas de fausses membranes. Je pensais cependant à une esquinancie et me demandais s'il ne fallait pas intervenir. Ces accidents aigus remontaient, au dire du malade, au plus à quatre heures de l'après-midi, et ils ne s'accompagnaient d'aucune élévation de température, bien que le pouls fut autour de 110. Péniblement, M. de B... me faisait connaître qu'il était goutteux depuis quelque vingt ans, que deux fois déjà des localisations articulaires avaient été précédées d'angine.

Je me demandai, dès lors, si le tissu réticulé amygdalien ne pouvait pas être le siège d'une précipitation initiale de la matière goutteuse et différant toute velléité d'intervention, je prescrivis des gargarismes d'eau horriquée très chaude, des enveloppements humides chauds et sinapisés du cou, et fis une piqûre de morphine, en raison des violentes douleurs dont la gorge était le siège.

Lorsque je vis le malade, le lendemain matin, il me montra l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil droit ainsi que le genou et le coude droits qui étaient le siège de métastases goutteuses. Il est à remarquer qu'elles siégeaient du même côté que l'angine. Quant à celle-ci, elle avait presque disparu et s'était amendée comme volume, comme douleur et comme gêne fonctionnelle au fur et à mesure que les articles se prenaient.

Seul, un peu d'œdème d'aspect vineux persistait sur le pilier antérieur droit et sur la partie attenante du voile et de la luëtte.

Cette angine si inquiétante avait à peine duré 10 heures. Il n'y eut aucun doute et dès ce moment pour moi que cette angine ne fut goutteuse.

Quant aux suites de cet accès de goutte évoluant sur un organisme usé, elles furent torpides et traînantes. La douleur céda rapidement au colchique, mais les articulations furent lentes à se libérer.

OBSERVATION VIII

Fink (de Vittel)

Il s'agit d'un goutteux de 45 ans qui a déjà présenté plu-

sieurs accès de goutte articulaire absolument classiques. En juillet 1904, après une promenade en automobile, au cours de laquelle il se refroidit, le malade resta le soir à l'hôtel, fatigué, et se sentant mal à l'aise. Le sommeil est un peu agité et le réveil désagréable. Il existe du pyrosis, de l'angoisse précordiale des douleurs ératiques dans les membres et de la céphalée. La journée se passe ainsi ; le soir la fièvre apparaît et la céphalée augmente. La langue devient saburrale, le facies se congestionne, les battements cardiaques se précipitent, les urines deviennent rares et hautes en couleur. « Je vais » dit le malade, « avoir un accès de goutte » et partageant son avis, je lui prescrivis du lycétol à haute dose.

Survient alors une dysphagie d'abord modérée, puis rapidement plus accentuée. Le malade se plaint d'une sensation de corps étranger dans l'arrière-gorge ; la voix est nasonnée et la dyspnée apparaît. L'examen de la gorge est très difficile, la paroi pharyngée postérieure, autant qu'on peut en juger, est rouge sombre, plutôt violacée, granuleuse ; quelques rares mucosités la tapissent, l'amygdale gauche est dure, volumineuse, douloureuse ; le pilier antérieur épaissi, œdématié, est repoussé en avant ; la luette granuleuse, parcourue de stries rougeâtres, semble allongée et augmentée de volume. En aucun point on ne voit de fausse membrane, de sang ou de pus, la voix s'éteint, la dyspnée s'accroît, quand, brusquement après minuit, la scène change ; la voix devient claire, la dysphagie et la dyspnée diminuent progressivement, mais... le genou droit devient le siège d'un accès articulaire typique.

OBSERVATION IX

Personnelle

X., 57 ans, bien portant actuellement, vient hiverner à Alger depuis 5 ans, en est à la période atonique de la goutte avec tophi volumineux, disséminés (olécranes, crêtes cubitales et tibiales, etc.) légère hypertension artérielle. Non albuminurique. Très sensible au froid. Le père était goutteux. Grand industriel, a vécu de bonne chère et fait un grand abus de vins de Bourgogne.

Première attaque de goutte à 25 ans. Reprise terrible il y a 8 ans, avec accidents cardiaques; le tout ayant duré environ 8 mois.

Chaque hiver, à Alger, X... a eu une ou deux attaques légères qui ont duré de dix à quinze jours.

Il y a deux ans, pour la première fois, ressent un après-midi, à deux heures, après plusieurs jours de fatigue et d'inappétence une violente douleur au niveau des tonsilles, avec dysphagie qui va en augmentant. En même temps la température allait en croissant légèrement pour atteindre 38°5.

A six heures du soir, les deux amygdales énormes, rutilantes, d'aspect cramoisi et vernissé, se rejoignent presque sur la ligne médiane. Il y a de la dyspnée. Pas de ganglions au cou.

Le docteur Scherb ne pense qu'un instant à un phlegmon amygdalien, mais instruit par les observations précédentes, affirme l'origine goutteuse des accidents de phlogose tonsil-

laire et se contente de révulsions par compresses sinapisées chaudes sur le devant du cou, il prescrit en même temps des gargarismes boriqués très chauds.

Vers onze heures du soir une douleur violente prenait le poignet et le genou droits qui, au fur et à mesure qu'ils enflaient, libéraient rapidement le carrefour pharyngien.

C'était la première fois que M. X... voyait cet accident. Il ne s'est pas reproduit depuis.

L'aspect des amygdales était tel que l'on était de suite tenté de les débrider au bistouri.

Après ce qui précède, il semble qu'il n'y ait aucun doute sur l'existence d'une angine aiguë goutteuse et, à la lecture, toutes ces observations donnent une impression d'absolue spécificité. Tous les faits rapportés sont démonstratifs jusqu'à l'évidence et on ne saurait nier que l'angine est une manifestation spéciale de la dyscrasie. Au reste, le diagnostic dans tous ces cas, s'est affirmé dans la suite par une métastase articulaire typique, sauf dans l'observation VI où l'angine n'a pas été remplacée par une manifestation sur un autre point ; mais les caractères particuliers de cette angine, son début brusque, son évolution rapide, ses phénomènes de douleur, de gonflement, de congestion se déroulant avec une acuité extrême et disparaissant enfin en quelques heures, permettent d'affirmer, sans crainte, son origine goutteuse et de ne point la confondre avec une angine catarrhale, phlegmoneuse ou rhumatismale.

La littérature médicale possède d'autres faits d'une évidence non moins absolue. Tel celui rapporté par Morell-Makensie, *Traité pratique des maladies du pharynx, larynx, trachée* (Paris, 1882, p. 71) : OEdème aigu de la luette avec menace de suffocation, brusque disparition au moment où

paraît une attaque de goutte sur le gros orteil droit. Trois jours après, le pied se dégage : la gorge est reprise.

Tel encore le fait rapporté par Danziger (*Ueber Angina urica Monatsschrift für Ohrenheilk*, 1885, n° 1) : « Homme vigoureux. A 28 ans, angine aiguë, la nuit suivante accès de goutte typique au gros orteil. Angine et arthrite persistent deux semaines et disparaissent en même temps. A 33 ans, accès de goutte et angine simultanée qui ne durent que 3 jours. A 33 ans, simultanément violente angine, violent accès de goutte ; l'amygdale droite suppure. Saison à Teplitz qui procure une accalmie de 3 ans. A 41 ans, nouvelle angine intense immédiatement suivie d'un grand accès de goutte, cette fois le traitement reste sans effet. Au bout d'un mois, il se fait un abcès périamygdalien gauche qui nécessite une incision du pilier antérieur. Dès lors, guérison rapide de la gorge et du pied.

Pour évidente que nous paraisse l'existence d'une angine goutteuse à forme aiguë, elle a été discutée et même niée ; on a fait des objections qui se trouvent en quelque sorte condensées dans l'observation suivante d'un médecin.

OBSERVATION X

Plateau

Un hasard fort pénible pour moi, d'ailleurs, me fait prendre la liberté de vous adresser quelques lignes à propos d'un article sur l'angine goutteuse. Je suis, en effet, cloué au lit

depuis trois semaines pour une attaque de goutte qui a été immédiatement précédée d'une angine intense.

Le 5 janvier 1899, vers 4 heures, je suis rentré un peu fatigué et ayant eu très chaud. A 7 heures, j'ai eu un très violent accès de fièvre en me couchant et la température monta très probablement à 40°5 ou 41°. En même temps, dès le jeudi 5, au soir, j'avais éprouvé une grande douleur dans la gorge avec déglutition sinon impossible du moins extrêmement pénible.

Le 6, l'angine herpétique avait envahi les amygdales et dura deux jours, comme la fièvre. Le dimanche 8, j'allais fort bien et je me proposais de reprendre le lendemain mes occupations professionnelles, quand dans l'après-midi et le soir, je sentis que mon gros orteil gauche « manifestait ». Difficulté de la marche, points douloureux encore vagues, endolorissement, etc... Je me méfiais (hélas, j'ai l'habitude de ces manifestations) et en effet, j'eus un léger accès de goutte qui dura 48 heures. Le mardi, l'orteil gauche étant complètement libéré, l'orteil droit fut pris alors très brutalement d'un fort accès de goutte franche aiguë. Après 15 jours, vers le 22, mon pied droit allait beaucoup mieux, j'aurais peut-être pu marcher, quand le genou droit fut envahi à son tour avec une acuité non moins franche et non moins douloureuse. Hier 25, la douleur se calma considérablement, mais cette nuit et ce-matin j'ai souffert très violemment d'un accès qui a envahi la partie externe de la cheville et du tarse gauches.

Y a-t-il relation entre cette attaque de goutte et l'angine qui l'a précédée ?

Je n'hésite pas à répondre par la négative, j'ai eu depuis 15 ans de bien nombreux et bien violents accès de goutte aiguë, analogues à celui-ci. Jamais je n'ai eu d'angine prémonitoire.

J'ai eu depuis 15 ans 6 ou 8 accès de fièvre d'une violence

extrême, se terminant en 24 ou 48 heures et suivies d'une éruption d'herpès soit tonsillaires (2 fois), soit labialis ou préputialis.

Jamais ces accès de fièvre n'ont été suivis d'accès de goutte.

Cette fois j'ai eu un simple « froid et chaud » avec angine herpétique franche, simple, banale et cette intoxication (ou infection) a déterminé un accès de goutte dans un organisme qui était à peine guéri d'une longue et violente attaque. En effet, j'ai été tout novembre dernier en proie à un épouvantable accès (à hurler littéralement pendant toute une nuit), qui a enyahi successivement les deux pieds et le genou droit. J'avais eu à ce même genou droit, en août et en septembre une longue attaque qui m'avait tenu pendant ces deux mois au lit ou au repos complet.

J'ai donc eu un rappel, un réveil de goutte à la suite de cette légère fatigue, de ce refroidissement surtout, qui ont déterminé cette intoxication ou infection suraiguë, avec fièvre violente, température très élevée et angine herpétique intense.

Mais cette angine n'a rien de pathognomonique, elle est survenue chez un gouteux, c'est vrai, mais avec l'étiologie, la marche et les caractères qu'elle aurait pu présenter chez un sujet quelconque.

J'ajouterai que depuis de longues années que j'ai fait de l'étude de cette terrible et si cruelle maladie le but de mes recherches, de mes travaux, de ma vie, en un mot, j'ai recherché et observé avec soin tous les gouteux que j'ai pu rencontrer. Le nombre commence à en être assez considérable. Jamais je n'ai trouvé d'angine gouteuse. En tant qu'entité morbide comme l'angine rhumatismale, mon expérience et mes observations m'autorisent à nier l'existence d'une angine gouteuse.

Nous allons discuter ces objections et essayer de montrer

qu'elles ne prouvent absolument rien à l'encontre de l'existence de l'angine gouteuse.

1° « Jamais je n'ai eu d'angine prémonitoire », lisons-nous dans l'observation précédente ; mais nous ne prétendons nullement que l'angine prémonitoire soit indispensable au début de l'accès de goutte et dans la plupart de nos observations cette angine est survenue chez des gouteux ayant eu des accès articulaires sans que rien ne vint attirer l'attention du côté du pharynx ;

2° « Mon angine n'a rien eu de pathognomonique ».

Pardon, répondrons-nous, cela peut être vrai pour le cas particulier, mais dans tous ceux que nous rapportons il s'agit d'une angine à allure très particulière, simulant à s'y méprendre l'abcès de l'amygdale et n'en étant cependant pas un ; objectivement et cliniquement, elle a une allure particulière qui en fait une entité morbide bien nettement caractérisée.

3° « J'ai eu une simple angine herpétique ». C'est vrai peut-être encore pour le cas de Plateau, mais l'angine que nous décrivons ne peut être confondue avec l'angine herpétique, et c'est tellement vrai que dans l'Observation VII il n'y a pas de température. En serait-il ainsi autrement ? Non, bien évidemment, car l'angine herpétique s'accompagne toujours d'une élévation thermique considérable.

Ne voyons-nous pas, en outre, notre angine s'arrêter brusquement avec l'apparition de la métastase dans les articulations ! Cela est déjà quelque chose de net, mais ce qui l'est encore plus, c'est la réapparition de l'angine au cours des manifestations métastatiques des lésions gouteuses.

4° Plateau ne l'a pas observé dans sa clientèle. Est-ce là une raison vraiment suffisante pour nier l'existence de l'angine gouteuse et s'ensuit-il que parce que l'on n'a pas eu l'occasion d'observer un fait, il n'existe ou ne puisse exister ?

Au reste, nous convenons volontiers de sa rareté puisque malgré nos recherches nous n'avons pu réunir que bien peu de cas touchant la question qui nous occupe et que presque tous les auteurs qui ont relaté des faits de ce genre n'en parlent qu'avec une grande réserve. Nous allons maintenant essayer de dire quelques mots de la symptomatologie de l'angine goutteuse.

SYMPTOMATOLOGIE

Les angines goutteuses affectent un type assez uniforme. Elles se caractérisent :

1° Par leur début brusque, suivant de près la cause occasionnelle qui l'aura provoquée, et qui pourra être soit un refroidissement, soit des excès : tabac, alcool, fatigue ;

2° Par leur évolution aiguë, affectant un type solennel et à grand fracas, par leur disparition presque instantanée ;

3° Par une fièvre variant entre 37°5 et 38°5, avec retentissement grave d'emblée sur l'état général : courbature intense, malaise, frissons, état saburral des voies digestives, dysphagie, légère d'abord, mais s'accroissant très rapidement, langue étalée avec sensation de gonflement et ne se laissant déprimer qu'au prix de cruelles souffrances ;

4° Par la douleur locale très intense et certainement hors de proportion avec les lésions de la gorge ;

5° Par la tendance à la diffusion de l'inflammation qui s'étend à tout le pharynx et peut descendre jusqu'à l'entrée du larynx. à l'inverse des angines banales qui habituellement se cantonnent à l'entrée des deux piliers. En outre, tout ce que l'on peut apercevoir, luette, voile, pilier, amygdales, est d'une coloration rouge sombre, vernissé, tirant sur le violet ;

une des amygdales, parfois les deux, est le siège d'un gonflement considérable ; il n'y a ni enduit, ni fausse membrane, ni pus, ni sang, ni rénitence, ni fluctuation. Le voile infiltré est œdématié. Les amygdales repoussent en avant et en arrière les piliers épaissis et œdématiés. La paroi postérieure du pharynx est sèche, luisante, striée de vaisseaux sanguins dilatés ;

6° Par l'absence constante d'exsudat ;

7° Par l'absence de tuméfaction des ganglions angulo-maxillaires ;

8° Par l'absence de trismus, bien que le malade éprouve une certaine difficulté à ouvrir la bouche ;

En outre, la déglutition est presque impossible, la salive peut refluer par la bouche, la voix est nasonnée, la dyspnée variable, mais peut devenir assez intense pour faire envisager la nécessité d'une trachéotomie, le malade est angoissé, agité le pouls varie entre 100 et 120, les urines sont rares, uratiques, d'une coloration foncée.

Après un temps plus ou moins long, variant entre quelques heures et deux ou trois jours, une articulation se prend.

Brusquement, la douleur s'évanouit, les symptômes se dissipent, la dysphagie disparaît petit à petit, le malade peut commencer à prendre quelque nourriture.

DIAGNOSTIC

Il importe surtout de différencier l'angine aiguë d'origine goutteuse de l'angine herpétique et de l'angine phlegmonneuse.

Elle diffère de la première :

- 1° Par sa non contagiosité ;
- 2° Par l'absence de tuméfaction des ganglions du cou ;
- 3° Par l'absence de vésicules sur les amygdales, le voile du palais, les piliers, la paroi postérieure du pharynx ;
- 4° Par l'absence de fausses membranes fibrineuses.

Elle diffère de la seconde :

- 1° Par l'absence de période prodromique ;
- 2° Par une hyperthermie moins considérable ;
- 3° Par l'absence d'empâtement parotidien ou sous-maxillaire ;
- 4° Par l'absence de trismus ;
- 5° Enfin par l'absence de fluctuation et de pus.

Au reste, dès le troisième jour, l'apparition de la métastase fixera un diagnostic hésitant.

Dans certains cas, enfin, le diagnostic se fera avec l'angine du rhumatisme articulaire aigu, à allures moins brutales,

PRONOSTIC

Le pronostic de l'angine goutteuse est toujours assez bénin, le tout est de ne pas se laisser effrayer par l'appareil solennel dont elle s'entoure.

Elle dure au plus de quelques heures à deux ou trois jours. La sédation des symptômes, la disparition totale de l'angine au moment de l'apparition de l'accès articulaire est la règle la plus habituelle.

Le pronostic sera d'autant plus bénin que le diagnostic étant posé plus tôt la thérapeutique pourra intervenir plus énergiquement.

Les formes de l'angine seront subordonnées à la forme générale de la maladie. Tant vaut le goutteux, tant vaut son angine.

TRAITEMENT

Le traitement consistera, avant tout, en révulsion sur le cou qu'on réalisera avec des enveloppements chauds et sinapisés.

Des lavages ou badigeonnages, des gargarismes tièdes au miel boraté, morphiné et au salicylate de soude seront des adjuvants utiles. Contre les douleurs surtout si elles présentaient un caractère d'une acuité extrême, une injection de 0,01 centig. de morphine pourra être indiquée.

Enfin, indépendamment des symptômes tonsillaires, il faudra traiter la goutte par le colchique et le salicylate de soude, la suppression du tabac, un régime approprié, l'usage du lycétol et des eaux minérales type Vittel ou Royat.

CONCLUSIONS

1° Il existe réellement des manifestations goutteuses du pharynx se traduisant par une angine à forme aiguë, évoluant aux mêmes allures que la goutte banale des orteils. Il y faut songer dans la deuxième moitié de la vie quand, sans cause ou à l'occasion d'une cause insignifiante, apparaît une violente pharyngite douloureuse, fluxionnaire, diffuse, non suppurée et non exsudative;

2° Ces manifestations sont rares ;

3° Elles ont des allures presque pathognomoniques ;

4° Elles surviennent soit au début soit au cours de l'attaque de goutte ;

5° Elles ont des allures bruyantes mais peu graves :

6° Elles doivent être soignées comme les états inflammatoires aigus ordinaires du pharynx et en faisant le diagnostic précoce on traitera en même temps la goutte.

7° Il existe vraisemblablement des manifestations chroniques, c'est un chapitre de nosologie à établir scientifiquement et méthodiquement avec les ressources combinées de la médecine et de la laryngologie,

BIBLIOGRAPHIE

- BARTHEZ. — Traité des maladies gouteuses (Paris, 1802).
GUÉNEAU DE MUSSY. — Union Médicale (1856).
LASÈGUE. — Traité des Angines (Paris, 1868).
DE LAGOANÈRE. — Essai sur les angines rhumatismales et gouteuses
(Paris, 1876).
MORELL-MACKENSIE. — Traité des maladies du pharynx (Paris, 1882).
RITTER. — Wurtemb. Corresp. Blatt (n° 39, 1883).
LECORCHÉ. — Traité de la goutte (Paris, 1884).
RENDU. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales
(Paris, 1884).
PETER. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales
(Paris, 1886).
DANZIGER. — Ueber Angina urica Monatsschrift für ohrenheilk (1885).
NIERMEYER. — Pathologie (t. II).
BUISSON. — Revue de Médecine (1889).
VATON. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux
(1890).
DYCE-DUCKWORTH. — Traité de la goutte (Paris, 1892).
SOLIS-COHEN. — Philadelphie médical new (1893).
SOKOŁOSKI. — Handbuch der laring.
LE CLERC (de Saint-Lô). — Normandie médicale (1898).
LERMOYET et GASNE. — Bulletin de la société médicale des hôpitaux
de Paris (1902).

VERDALLE. — Bulletin de la société médicale des hôpitaux de Paris (1902).

PLATEAU. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques (1899).

NODET. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques (1899).

LITTEN. — Die Gicht (Vienne, 1903).

SCHERB. — Bulletin de la société médicale des hôpitaux de Paris (1905).

FINK. — La goutte du pharynx (Vittel, 1906).

Vu et approuvé :

Montpellier, le 10 décembre 1906.

Le Doyen,

MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 10 décembre 1906.

Le Recteur,

A. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École , de mes chers condisciples , et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

